



Al Presidente
Ordine delle Professioni Infermieristiche

Marca
da bollo
€ 16,00

DOMANDA DI CANCELLAZIONE DALL'ALBO

DPR 221/50 art. 4

(D.LGS.C.P.S. 13 settembre 1946, n. 233, D.P.R. 5 aprile 1950, n. 221 art. 4)

Il/La sottoscritt _____ consapevole della
responsabilità penale di cui può andare incontro in caso di dichiarazione falsa o
comunque non corrispondente al vero dichiara:

di essere nat_ a _____ il _____

di essere residente in _____ Prov. _____ C.A.P. _____

Via _____ n° _____ Tel. _____

CHIEDE la cancellazione dall'Albo professionale dell'Ordine delle Professioni
Infermieristiche come (*specificare se Infermiere o Infermiere Pediatrico*)

in quanto (**indicare OBBLIGATORIAMENTE la motivazione e, se trattasi di
pensionamento, la data dello stesso e l'Ente presso cui si lavorava**):

DICHIARA

di cessare l'esercizio della professione infermieristica sotto qualsiasi forma. Inoltre,
assicura di non svolgere, a venire, alcuna prestazione infermieristica sia come
dipendente, sia a livello libero professionale, sia di volontariato, senza prima aver
presentato una domanda di iscrizione all'Albo di competenza ed essere stato/a
effettivamente iscritto/a con delibera del Consiglio Direttivo;
di essere in regola con i pagamenti delle quote di iscrizione all'Albo compreso l'anno
in corso.

Alla presente allega seguenti documenti:

- **tessera ORIGINALE di iscrizione all'OPI n° _____ o denuncia ai Carabinieri di smarrimento della tessera di data _____**
- **fotocopia Carta d'Identità**
- **fotocopia ricevuta pagamento quota anno in corso.**

Distinti saluti

(firma per esteso del dichiarante)

Data _____

Dichiarazione resa e sottoscritta da persona maggiorenne che è già a conoscenza delle proprie responsabilità penali in caso di dichiarazioni false secondo quanto disposto dall'art. 26 della legge 15/68.

Per l'accettazione della domanda di cancellazione la data di cessazione dell'attività professionale in qualsiasi forma, deve essere antecedente alla data di registrazione del protocollo di entrata dell'Ente. Le domande verranno accettate entro il 30 novembre dell'anno corrente e non esime dal pagamento della quota annuale d'iscrizione per l'anno in corso. La non presentazione entro tale data determina l'inserimento nei ruoli e di conseguenza il pagamento della tassa di iscrizione per l'anno seguente, ad eccezione degli iscritti per i quali sia intercorso il pensionamento alla data del 31 dicembre dell'anno corrente che possono presentare domanda di cancellazione entro e non oltre il 5 gennaio dell'anno successivo.

Trattamento dei dati personali ai sensi del regolamento UE 2016/679 "Regolamento Generale sulla Protezione dei Dati - RGPD"

Il sottoscritto dichiara di aver letto l'informativa rilasciata da OPI Potenza ai sensi dell'art. art. 13 RGPD UE 2016/679 e ai fini del trattamento dei propri dati personali comuni e sensibili si dichiara consapevole che:

- **per le finalità di cui al punto A - iscrizione e mantenimento l'iscrizione all'Albo**, il conferimento dei dati personali necessari a tali finalità è obbligatorio ed il relativo trattamento non richiede il consenso dell'interessato.
- Salvo che la legge non imponga specifiche esigenze di conservazione, i dati personali sono conservati **per l'intera durata dell'iscrizione e per un termine ulteriore pari a 10 anni e sei mesi o 15 anni e sei mesi dall'estinzione del rapporto**, in considerazione dei termini di prescrizione dei diritti in relazione ai quali l'Ente potrebbe avere esigenza di difendersi o delle esigenze di conservazione imposte dalla normativa.
- Al termine di tale periodo i dati personali che non siano più necessari o per i quali non vi sia più un presupposto giuridico per la relativa conservazione vengono anonimizzati irreversibilmente (e in tal modo potranno essere conservati) o distrutti in modo sicuro.

Luogo e data _____

Firma _____